Aus der chirurgischen Universitätsklinik der Charité zu Berlin
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand)

Zur Kasuistik der Aktinomykose

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

Von

Elisabeth Standvoss
approb. Aerztin aus Berlin

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Tag der Promotion: 10. Juni 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

538

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

D e k a n : Prof. Dr. **Rubner**
R e f e r e n t e n : Prof. Dr. **Köhler**.
Prof. Dr. **Hildebrand**.

Die aktinomykotische Erkrankung besteht in einer infektiösen Granulombildung, die durch einen spezifischen Erreger verursacht wird, den Strahlenpilz, den Langenbeck 1845 entdeckt hat. Sie tritt beim Menschen auf in Form einer chronischen, diffus sich ausbreitenden Phlegmone der Weichteile, die rasch in Eiterung übergeht. Im Eiter dieser Abszesse findet man gelbe Körnchen, die Aktinomycesdrüsen, die auf Druck in einzelne Pilzrasen zerfallen. Diese bestehen aus hyphenähnlichen, gablig verzweigten Fäden, die von einem Zentrum radiär ausstrahlen und nach der Peripherie zu in keulenartige Anschwellungen auslaufen.

Der Pilz kommt auf Gräsern und Zerealien vor. Diese pilzhaltigen Getreidegrannen bilden die Infektionsquelle für Mensch und Tier. Als Eintrittspforte betrachtet man vorzugsweise Verletzungen der Mundschleimhaut und kariöse Zähne, die Lunge nach Aspiration von Keimen aus der Mundhöhle, in selteneren Fällen den Darm nach Verschlucken von Getreidegrannen und Verletzungen der äußeren Haut. Nach der verschiedenen Eingangspforte unterscheidet man eine Kopf- und Halsaktinomykose, eine Aktinomykose der Lungen, des Darms und der Haut. Statistische Zusammenstellungen haben ergeben, daß die choriofaciale Form am häufigsten auftritt, die Haut- und Darmaktinomykose am seltensten ist.

In der chirurgischen Klinik der Charité in Berlin wurden in den Jahren 1898—1919 15 Fälle von Aktinomykose beobachtet, davon 12 Fälle von Kopf- und Halsaktinomykose, 2 Fälle von Lungen-, 1 Fall von Darmaktinomykose; Fälle von Hautaktinomykose wurden nicht gesehen.

Die Prognose ist je nach den Sitz der Erkrankung verschieden; am günstigsten verläuft die Kopf- und Halsaktinomykose, meistens letal die anderen Formen.

Therapeutisch spielt das Jodkali eine große Rolle, das per os in hohen Dosen von 6—8 g oder als Injektion von 10-prozentiger Jodkalilösung in die Umgebung des Herdes gegeben wird. Neuerdings hat man auch mit Neo-Salvarsan und Vaccinebehandlung gute Erfolge erzielt. Ebenso wirken die Röntgenstrahlen und der Thermokauter günstig auf die aktinomykotischen Herde ein. Schneller und sicherer als die konservativen Mittel führt jedoch, besonders bei der visceralen Aktinomykose, das chirurgische Verfahren zur Heilung, das in Spaltung der Fisteln, in Exstirpation und Ausschabung der Herde besteht.

Lebenslauf.

Am 3. April 1894 wurde ich, Elisabeth Standvoß, als Tochter des Lehrers Hermann Standvoß und seiner Frau Sophie, geb. Neuteborm, in Heitlingen bei Hannover geboren.

Ostern 1914 bestand ich die Reifeprüfung an dem Realgymnasium für Mädchen zu Hannover. 5 Semester studierte ich in Göttingen, wo ich im Juli 1916 die ärztliche Vorprüfung bestand; dann 4 klinische Semester in Berlin, 1 in Göttingen.

Im Mai 1919 bestand ich in Berlin das Staatsexamen. Vom 1. Juli 1919 bis zum 1. Juli 1920 arbeitete ich als Medizinalpraktikantin auf der 1. inneren Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin.